

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

531

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

André PHILIPPE

Né à Rouen le 3 mars 1872

De l'Occlusion Aiguë

DU

DUODÉNUM

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

RICHELOT et WALLICH, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

531

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juillet 1899, à 1 heure

PAR

André PHILIPPE

Né à Rouen le 3 mars 1872

De l'Occlusion Aiguë

DU

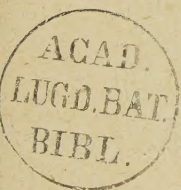
DUODÉNUM

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. BUDIN, professeur.

RICHELOT et WALLICH, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS :		MM.
Anatomic		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomic pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
	}	POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
	}	HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies de enfants		GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
	}	BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
	}	LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..		GUYON
Clinique d'accouchement	}	BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MONSIEUR LE DOCTEUR CERNÉ

Professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
de Rouen.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris.

Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De l'occlusion aiguë du Duodénum

PRÉFACE

Au moment de terminer nos études médicales, nous sommes heureux de nous conformer à l'usage et d'adresser ici, publiquement à nos différents maîtres dans les hôpitaux, l'expression de notre vive gratitude et de notre entière reconnaissance.

A nos maîtres de l'école de Rouen, MM. Cauchois, Ollivier, Boucher et Lerrefait, nous adressons l'hommage de notre gratitude.

Que nos maîtres de Paris, MM. les Professeurs Panas, Dieulafoy reçoivent ici l'hommage de notre souvenir; nous sommes très heureux d'avoir pu profiter de leur haute expérience.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Docteur Cerné, professeur de clinique, externe

à l'école de Rouen, qui nous a inspiré notre sujet de thèse. Nous n'oublierons jamais ce maître si dévoué et nous le prions d'accepter comme un faible hommage de notre souvenir, la dédicace de ce travail.

Nous adressons enfin à M. le Professeur Le Dentu toute l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.



INTRODUCTION

Au mois de décembre 1896, dans le service de clinique de M. le professeur Cerné, il nous fut donné d'observer un cas d'occlusion aiguë de duodénum. Cette observation suivie d'autopsie fut caractérisée par des phénomènes tout particuliers qui nous parurent se rattacher d'une façon plus spéciale au duodénum qu'à toute autre partie de l'intestin.

Notre attention une fois attirée de ce côté, il nous a semblé intéressant de faire quelques recherches bibliographiques et expérimentales sur ce sujet; et, malgré le peu de faits que nous avons pu rassembler, nous avons entrepris de différencier des autres formes d'occlusion intestinale, l'occlusion aiguë du duodénum, qui ne semble pas avoir été l'objet d'une description particulière.

On décrit d'une façon générale deux formes symptomatiques de l'occlusion intestinale : l'une aiguë, l'autre chronique.

La forme chronique de l'occlusion du duodénum

a déjà été décrite et nous en avons trouvé plusieurs cas dans la thèse de Bron (compression du duodénum Paris, 1893). Mais nous ne voyons pas l'utilité de décrire à part cette affection dont la nature et les symptômes sont identiques aux autres formes d'obstruction chronique de l'intestin.



ÉTIOLOGIE

Si nous passons en revue les différentes causes de l'occlusion chronique; nous voyons qu'elles peuvent aussi bien s'appliquer au duodénum qu'à l'iléon ou au rectum. Il n'en est pas de même pour les causes de l'occlusion aiguë, qui sont suivant leur nature plus particulières à certaines régions de l'intestin.

Ainsi, parmi les causes extérieures à l'intestin, les tumeurs de voisinage peuvent à la longue le comprimer. Cette compression, qu'elle s'exerce sur le duodénum ou sur l'iléon, donnera lieu à des accidents chroniques. Le duodénum par son immobilité pourra être comprimé par une tumeur relativement petite, tandis que l'iléon ne le pourra être que par une tumeur plus volumineuse. Cette compression sera particulièrement favorisée, si elle s'exerce sur le duodénum, par la fixité remarquable de cet organe ; mais il sera peut-être bien difficile de la distinguer quant aux symptômes avec une occlusion siégeant un peu plus loin sur le jéjunum.

Ces tumeurs donnent d'habitude des symptômes chroniques d'occlusion intestinale ; mais cette forme peut subitement se changer et se terminer en une

forme aiguë, qu'il s'agisse du duodénum ou d'une autre partie de l'intestin grêle. Nous ne désirons ici parler que de l'occlusion aiguë du duodénum, pure par son origine et par ses symptômes, et nous laissons de côté cette forme qui n'est un mode de terminaison de l'occlusion chronique.

Les compressions larges causent l'occlusion chronique, les compressions étroites l'occlusion aiguë. Parmi ces dernières, se trouvent : les brides péritonéales, les diverticules, les anneaux accidentels, les hernies internes. La fixité du duodénum semble le protéger contre cette cause d'occlusion. Cette fixité, qui le rend plus accessible aux tumeurs même petites en l'empêchant de se dérober, est donc dans ce cas-là un moyen de protection.

En effet, c'est l'intestin grêle qui le plus ordinairement est étranglé par une bride ou une adhérence péritonéales ; les anses flottantes viennent se loger dans un orifice (fossettes rétro-duodénales, diaphragmatiques, etc). Ces franges épiploïques, le diverticule de Meckel, l'appendice sont capables de former des nœuds solides autour de l'intestin grêle, mais le duodénum accolé à la paroi abdominale postérieure est à l'abri de semblables accidents. On trouve cependant dans la thèse de Bron une observation de compression du duodénum par adhérences péritonéales, mais il s'agissait dans ce cas de « blocs tuberculeux agglomérés » parsemés dans la cavité péritonéale.

Ces compressions étroites donnent lieu à des accidents d'occlusion aiguë de l'intestin, nous venons de voir qu'elles ne sauraient atteindre le duodénum et par conséquent elles n'entrent pas dans notre sujet.

Les obturations d'origine variable sont constituées par les corps étrangers à l'économie et introduits dans le tube digestif par l'une ou l'autre de ses extrémités ; d'autres ont leur point de départ dans l'économie elle-même.

Les corps étrangers venus de l'estomac se trouveront arrêtés au pylore, s'ils sont un peu volumineux ; et s'ils arrivent à franchir le pylore, ils ne séjourneront pas dans le duodénum.

Les calculs biliaires sont plutôt en rapport avec le côlon qu'avec l'intestin grêle et perforeront plutôt cette partie du gros intestin que le duodénum. Quant aux calculs qui parviendraient à évoluer à travers le canal cholédoque jusque dans l'ampoule de Vater et dans le duodénum, il est rare qu'ils s'arrêtent là et ils passeraient dans le jéjunum et l'iléon.

Nous ne ferons que signaler les polypes de l'intestin. Ils déterminent l'obstruction soit par leur volume, soit par l'invagination qu'ils provoquent.

Quant aux tumeurs développées dans les parois mêmes du duodénum, venues par propagation soit de l'estomac, soit plutôt du pancréas ou d'un organe voisin, elles peuvent donner lieu à un moment donné

à des accidents d'occlusion aiguë du duodénum ; mais ces accidents ne feront que succéder à d'autres beaucoup plus anciens à forme chronique, qui la plupart du temps n'auront pas été méconnus. Cette cause d'occlusion aiguë est donc en dehors de notre sujet.

Nous venons ainsi de passer en revue les causes extérieures et intérieures d'occlusion intestinale en général, et nous avons vu que les causes pouvant amener l'occlusion aiguë, telles que les brides péritonéales, les hernies internes, ou encore les obstacles intérieurs, les corps étrangers d'origine externe ou interne, nous avons démontré que toutes ces causes d'occlusion aiguë ne pouvaient s'appliquer au duodénum.

Il nous reste à voir les causes d'occlusion venant de l'intestin lui-même : ce sont des causes mécaniques ; la plus importante est l'invagination. Elle consiste, comme on le sait, dans la pénétration d'une portion de l'intestin replié en doigt de gant dans une autre portion voisine située soit au-dessus, soit au-dessous. L'état anatomique qui en résulte a été justement comparé à la hernie ordinaire, le bout invaginant jouant le rôle d'un anneau. De même que dans la hernie, l'invagination revêt une forme aiguë et une forme chronique. La forme aiguë nous occupe seule.

Par la définition même que nous avons donnée de l'invagination, nous voyons qu'on ne saurait la rencontrer dans le duodénum.

Cette partie de l'intestin, se distingue en effet de l'intestin grêle par sa fixité. Elle est appliquée à la colonne vertébrale par la racine des deux mésos, mesocolon transverse et mésentère qui le croisent et dont les feuillets séreux se réfléchissent en avant du duodénum. Il est fixé par les artères et leurs épaisses gâines fibro-nerveuses, il est fixé par le muscle de Treitz.

L'invagination, la cause la plus commune de l'occlusion intestinale aiguë se trouve donc éliminée pour des raisons anatomiques de l'occlusion aiguë du duodénum.

Pour les mêmes raisons, nous ne pouvons songer ici aux flexions, aux torsions, aux nœuds de l'intestin, phénomènes qui sont spéciaux à l'intestin grêle et au gros intestin.

Nous avons donc jusqu'ici écarté toutes les causes ordinaires de l'occlusion aiguë ; nous allons maintenant aborder celles qui seules nous paraissent susceptibles d'amener une occlusion aiguë du duodénum.

Ces causes, au nombre de deux, nous les retrouvons nettement dans quatre observations, et dans plusieurs expériences sur le cadavre, nous avons démontré leur existence réelle.

Dans une observation personnelle, nous avons constaté que le duodénum était poussé en avant par un épanchement sanguin rétro-péritonéal. Les vais-

seaux mésentériques supérieurs qui passent en avant de la portion horizontale du duodénum se trouvaient tendus par cela même et comprimaient assez fortement l'intestin pour qu'on l'ait trouvé en amont distendu, en aval complètement vide et affaissé.

L'épanchement se formant d'une façon soudaine, il est évident que nous avons là des accidents d'occlusion aiguë, et toute tumeur se formant au même endroit et évoluant d'une façon rapide nous donnera les mêmes phénomènes.

L'hémorrhagie sous-péritonéale sera donc due le plus souvent à un traumatisme. Dans notre observation, nous relevons dans l'interrogatoire de la malade et de son entourage des témoignages plus ou moins douteux de coups reçus sur le ventre. L'hémorrhagie peut aussi être amenée par la rupture du sac anévrysmal d'un vaisseau de cette région.

Le liquide collecté pourrait être du pus, venu d'un mal de Pott ou d'origine infectieuse quelconque.

Mais que le liquide soit sanguin ou purulent, la force qui soulèvera le duodénum en arrière ne sera que la cause indirecte de l'occlusion. La cause directe sera le faisceau formé par les vaisseaux mésentériques supérieurs, qui empêche le duodénum d'aller plus avant et le coude brusquement sur lui-même. Nous retrouvons cette action bien nettement caractérisée dans 3 observations de Kundrat, où nous voyons le mésentère comprimer à lui seul le duodénum. Dans

ces trois cas, le mésentère était anormalement tendu comme une corde en avant du duodénum et d'après l'auteur, cette tension exagérée était amenée par le prolapsus de la masse intestinale résultant de l'affaiblissement musculaire de la paroi abdominale antérieure. Dans ces trois cas, nous remarquons des accidents suraigus d'occlusion duodénale.

En résumé, d'après nous, l'agent unique de l'occlusion aiguë du duodénum, c'est la tension anormale et exagérée des vaisseaux mésentériques supérieurs en avant du duodénum, que cette tension soit amenée par un épanchement rétro-péritonéal ou par le prolapsus intestinal.

Avant de décrire nos recherches expérimentales, nous croyons nécessaire de rappeler rapidement l'anatomie de la région qui nous occupe, d'après les descriptions très complètes de M. Poirier.



ANATOMIE

Le duodénum est la partie initiale de l'intestin grêle. Il décrit entre le pylore et le jéjunum un anneau ouvert en haut et à gauche. Il se différencie du reste de l'intestin grêle par sa situation profonde, sa fixité, son calibre, ses connexions avec les canaux excréteurs du foie et du pancréas.

Son origine répond au flanc droit de la 1^{re} vertèbre lombaire; sa terminaison est marquée : 1^o par un angle ou mieux une coudure que décrit la portion fixe avec la portion flottante de l'intestin grêle, sur le flanc gauche du corps de la 1^{re} ou de la 2^e vertèbre lombaire : angle duodéno-jéjunal; 2^o par un muscle qui fixe solidement cet angle à la paroi abdominale postérieure : le muscle de Treitz.

Parti de l'extrémité pylorique de l'estomac, le duodénum se dirige d'abord en haut, à droite et en arrière, jusque sous le col de la vésicule biliaire. Là, il se coude brusquement et descend verticalement le long du flanc droit de la colonne lombaire, entre le rein droit et la veine cave inférieure. Arrivé à l'extré-

mité inférieure du rein, il se coude de nouveau pour se porter transversalement de droite à gauche. Il passe sous les vaisseaux mésentériques supérieurs, sur la saillie vertébrale de la 4^e ou 5^e vertèbre lombaire, sur l'aorte et la veine cave et atteint le flanc gauche de la colonne et de l'aorte. Là, il se coude une 3^e fois et remonte vers le bord inférieur du corps du pancréas et vers la racine du mésocolon transverse où il se porte brusquement en avant pour se continuer avec le jéjunum. Le passage du duodénum dans le jéjunum est marqué par un dernier coude plus brusque que les précédents et caché derrière l'estomac.

D'une façon générale le duodénum décrit entre ses 2 extrémités un anneau de cercle ouvert partant du pylore et retournant de nouveau au voisinage de celui-ci, derrière la paroi postérieure de l'estomac.

La longueur du duodénum varie entre 27 et 31 centimètres. Son calibre sensiblement supérieur à celui du jéjunum n'est pas uniforme. La partie la plus large se trouve au passage de la portion descendante dans la portion horizontale. A ce niveau il présente 15 centim. de circonférence extérieure et 47 millim. de diamètre. La portion ascendante est la plus étroite.

A l'état de vacuité, le duodénum est un tube aplati et régulier ; mais après distension sur place il devient irrégulier et présente des parties bosselées

séparées par des points rétrécis. La 1^{re} portion forme une poche nettement séparée de l'estomac et de l'angle sous-hépatique ; sur la paroi antérieure de la portion descendante, il existe un sillon oblique de haut en bas et de gauche à droite, formé par les coliques droits supérieurs ; la portion horizontale présente un point rétréci, isthme du duodénum, déterminé par les vaisseaux mésentériques supérieurs et par l'aorte, qui l'enserrent comme dans un étau ; la portion ascendante est uniformément cylindrique.

Le duodénum traverse successivement l'épigastre, l'hypochondre et le flanc droits, la région ombilicale, le flanc et l'hypochondre gauches. Il fait relief sur la paroi postérieure des 2 étages abdominaux car la cloison qui les sépare, le mésocolon transverse, croise sa portion descendante et passe au-dessus de l'angle duodéno-jejunal. Grâce à cette disposition, le duodénum présente deux parties : une, située au-dessus du mésocolon transverse, dans l'étage abdominal supérieur, entourée et recouverte par le foie ; elle est formée de la 1^{re} portion et d'une partie de la seconde ; l'autre, située au-dessous du même méso, dans l'étage abdominal inférieur, est recouverte par les anses flottantes de l'intestin grêle, la racine du mésentère qui la croise en écharpe et par l'estomac dont elle est séparée par toute l'épaisseur du mésocolon transverse. Cette partie comprend un segment de la portion descendante, les portions horizontale

et ascendante l'angle duodéno-jejunal. La situation profonde du duodénum, le passage des deux grands mésentères devant lui prouvent combien il est difficile de le découvrir.

Nous ne décrivons les rapports que de la 3^e portion du duodénum, la portion horizontale, la seule qui nous occupe.

Cette portion passe, le plus souvent, devant le corps de la 4^e vertèbre lombaire, quelquefois devant celui de la 5^e et le plus rarement de la 3^e ; elle est enclavée dans l'angle formé par l'artère mésentérique supérieure et l'aorte abdominale. Elle répond : en arrière à la veine cave inférieure, à l'aorte abdominale à ses branches de bifurcation et à l'origine de l'artère mésentérique inférieure dont elle est séparée par le tissu conjonctif ; — en avant, à la racine du mésentère qui la croise de haut en bas et de gauche à droite, et aux vaisseaux mésentériques supérieurs ; les anses flottantes de l'intestin grêle la recouvrent ; dans certains cas, la paroi postérieure de l'estomac n'en est séparée que par le mésocolon transverse ; en haut, elle adhère intimement à la tête du pancréas.

Cette portion du duodénum n'est recouverte par le péritoine que sur sa paroi antérieure, où passe la racine du mésentère ; elle est absolument immobile.

Le duodénum est appliqué contre la paroi abdominale postérieure par la racine des deux mésentères, le mésocolon transverse et le mésentère qui le croise et dont

les feuillets séreux se réfléchissent sur l'anneau intestinal ; par les artères et leurs épaisses gâines fibro-nerveuses et par le muscle de Treitz. Il est rattaché au foie par le ligament duodéno-hépatique, formé par la veine porte, l'artère hépatique et les canaux biliaires entourés de gâines fibro-nerveuses et recouverts de deux feuillets du petit épiploon.

Il est important également d'étudier le péritoine de la portion sous-méso-colique du duodénum.

Sur cette portion passe en écharpe la racine du mésentère qui divise cette portion duodénale en deux parties situées de chaque côté du mésentère. Pour étudier la couverture séreuse de la portion située à droite du mésentère, il faut rejeter le grand épiploon, le colon transverse et son méso en haut, puis la masse de l'intestin grêle flottant à gauche ; on découvre ainsi le segment du duodénum compris entre la racine du mésocolon transverse en haut, la racine du mésentère à gauche, et le mésocolon ascendant à droite. Ce segment est formé par la moitié inférieure de la portion descendante et par les $\frac{2}{5}$ de la portion horizontale ; il est recouvert par le péritoine sur sa face antérieure et sur une faible partie de sa face postérieure. La lame séreuse qui couvre sa face antérieure se continue en haut, dans le feuillet inférieur du mésocolon transverse ; à gauche dans le feuillet droit du mésentère ; à droite dans le feuillet gauche du mésocolon ascendant, et en bas dans le péritoine pariétal qui recouvre

le muscle psoas droit et plus bas dans la lame supérieure du péritoine de l'angle iléo-colique.

En rejetant à droite la massé de l'intestin grêle, on découvre les dernières portions du duodénum, celles qui se trouvent au dessous du mésocolon transverse, à gauche du mésentère et à droite du mésocolon descendant ; ce sont une partie de la portion horizontale, la portion ascendante et l'anglo duodéno-jejunal. Toutes ces parties présentent les $\frac{2}{5}$ de leur circonférence libre dans la cavité abdominale et tapissées par une lame séreuse qui se continue : en haut dans le feuillet inférieur du mésocolon transverse ; en bas dans le feuillet supérieur du mésocolon pelvien ; à droite, dans le feuillet gauche du mésentère ; à gauche, elle passe sur l'arc vasculaire de Treitz et va au delà dans le péritoine prérénal et iliaque et plus loin dans le feuillet droit des mésocolons descendant et iliaque quand ils existent. Cette lame séreuse forme en passant du duodénum sur les parties voisines des plis séreux limitant des fossettes.

De ce qui précède, nous pouvons retenir les points suivants qui intéressent plus particulièrement notre sujet :

Normalement, il existe au niveau de la portion horizontale du duodénum un rétrécissement entre l'aorte en arrière et les vaisseaux mésentériques supérieurs en avant.

Ceux-ci pénètrent dans le mésentère par la par-

tie supérieure de son bord adhérent et, semblables à une baleine dans un corset suivent ce pédicule de haut en bas en formant une légère courbe à concavité droite.

Cette portion du duodénum est complètement immobile.

Si, par conséquent, une pression quelconque soulève en arrière le duodénum, l'arc intestinal viendra buter contre la corde formée par les vaisseaux mésentériques supérieurs, il se fera à cet endroit une coudure et le cours du contenu digestif se trouvera interrompu.



RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

Nous avons cherché à vérifier sur le cadavre cette conception théorique, afin de voir si nous pouvions créer une occlusion duodénale et voici le résultat de nos expériences (1).

Après avoir ouvert la paroi abdominale antérieure, rejeté en haut le plus loin possible le grand épiploon, le colon transverse et son méso, l'estomac et la première portion du duodénum, écarté à droite le colon ascendant, écarté à gauche le mésentère avec la masse du jejunum et de l'iléon, nous apercevons par transparence sous le péritoine la partie sous-mésocolique de la portion descendante du duodénum, la seconde courbure et la portion horizontale située à droite du mésentère, c'est-à-dire les 2/5 de cette portion.

A deux centimètres au-dessous de cette seconde

(1) Nous adressons tous nos remerciements à notre ami, M. Renaud Hue, externe des hôpitaux de Rouen qui a bien voulu nous prêter son concours dans nos expériences.

courbure nous introduisons une canule à injection et nous la poussons aussi loin que possible, afin de placer son extrémité en arrière du duodénum. Nous essayons de fermer le péritoine par une ligature autour de la canule, mais nous n'y parvenons pas, à cause de la tension et de la fragilité de cette séreuse. Nous finissons cependant par boucher les déchirures en plaçant des pinces à forcipressure de chaque côté de la canule. Nous injectons ainsi sur un premier sujet de l'air, sur un second de l'eau, sur un troisième du suif.

Chaque fois, l'injection décolle le péritoine en avant du duodénum et non pas en arrière comme nous l'aurions désiré. Le duodénum se trouve donc aplati et repoussé en arrière, tandis que la substance injectée distend fortement le péritoine en avant, formant une voussure qui se prolonge en haut dans le mésocolon transverse, à droite dans le mésocolon ascendant, en bas jusque dans l'excavation pelvienne, et passant à gauche sous le mésentère, décollant le péritoine jusqu'au hile du rein. Il est évident que dans ces cas il ne pouvait y avoir de compression du duodénum,

Nous avons alors tenté de faire l'injection sur un autre point. Le grand épiploon, le colon transverse et son méso furent relevés de même en haut, mais au lieu de laisser à gauche la masse intestinale et le mésentère, nous fîmes tourner ce dernier autour de son

insertion à la paroi abdominale postérieure, comme on tourne le feuillet d'un livre, et tout le paquet intestinal fut ainsi rejeté à droite.

Nous avons alors sous les yeux la partie de la portion horizontale située à gauche du mésentère, la 3^e courbure, toute la portion ascendante et l'angle duodéno-jejunal, au dessous du mésocolon transverse.

L'injection de suif fut faite à deux centimètres à gauche de la portion ascendante, à peu près à mi-hauteur de cette portion, et nous eûmes soin de placer l'extrémité de la canule en arrière du duodénum. 250 grammes de suif furent ainsi injectés et se répandirent dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Sous nos yeux, nous vîmes la 3^e et la 4^e portion du duodénum soulevées par le liquide et les vaisseaux mésentériques supérieurs se tendre en avant comme une corde.

La canule retirée, l'orifice soigneusement fermé par une pince, nous avons laissé le suif se solidifier.

Il restait maintenant à vérifier s'il y avait bien occlusion intestinale.

Avant l'injection de suif sous-péritonéale, de l'eau poussée avec une seringue dans la 1^{re} portion du duodénum passait facilement dans le jéjunum. Après l'injection de suif, le duodénum comprimé en arrière par l'épanchement, formant une coudure brusque sur

les vaisseaux mésentériques supérieurs en avant, n'était plus en ce point même perméable.

Nous nous sommes servis pour cette injection d'eau dans le duodénum d'un entonnoir muni d'un long tube en caoutchouc à sa partie inférieure. Cet entonnoir était suspendu par une poulie au plafond, de telle sorte qu'en l'élevant progressivement et lentement au-dessus du sujet, nous avons pu mesurer d'une façon assez exacte la force nécessaire pour vaincre l'obstacle.

A mesure que l'on soulevait l'entonnoir on voyait toute la portion du duodénum située à droite des vaisseaux mésentériques supérieurs se gonfler, tandis que la partie située à gauche demeurait complètement vide. Le niveau de l'eau contenue dans l'entonnoir fut ainsi élevé jusqu'à une hauteur de 2 mètres, 10 au-dessus de la table d'autopsie.

A ce moment, la résistance des vaisseaux mésentériques supérieurs fut vaincue et l'eau fit irruption dans la portion duodénale à gauche du mésentère.

Etant donnés : le diamètre du duodénum distendu évalué à 6 centimètres, et la hauteur de la colonne d'eau 2 mètres 10, on peut déterminer exactement le poids de cette colonne d'eau que supporte l'obstacle et l'on trouve :

$$3^2 \times 3,1416 \times 2,10 = 5 \text{ kilog. } 937 \text{ gr.}$$

L'injection de suif sous-péritonéale s'étendait en haut jusqu'au méso-colon transverse, en bas jusqu'au

promontoire ; à droite, elle atteignait le bord droit de la veine cave inférieure ; à gauche, le hile du rein gauche. En avant, elle était en rapport avec la partie sous-mésocolique de la portion descendante, avec toute la portion horizontale et la portion ascendante du duodénum, avec le mésentère et les vaisseaux mésentériques supérieurs. En arrière, on rencontrait la veine cave inférieure, l'aorte et l'origine des artères iliaques primitives.

Enfin, sur ce morceau de suif, on distinguait nettement l'empreinte du duodénum en forme de fer à cheval, et en avant de la portion horizontale, perpendiculaire à cette portion, on reconnaissait le sillon creusé par le passage des vaisseaux mésentériques supérieurs.

De ces expériences, il nous semble donc permis de conclure à la possibilité d'une occlusion du duodénum par les vaisseaux mésentériques supérieurs, au niveau de leur croisement avec le duodénum, dans les cas d'épanchement sanguin sous le péritoine de cette région.



SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons fait quelques recherches bibliographiques, afin de voir s'il n'y avait pas dans la science d'autres cas d'occlusion aiguë du duodénum. Nous n'avons trouvé que trois observations de Kundrat, (Revue des Sciences médicales), résumées à la fin de ce travail, dans lesquelles le rôle du mésentère est nettement indiqué, ainsi que la marche aiguë de l'affection. Comme cet auteur le dit lui-même en tête de son article, c'est un cas rare d'occlusion intestinale aiguë. Et cependant, pour qu'il ait pu en réunir ainsi trois cas successifs, il faut admettre que cette pathogénie de l'occlusion duodénale aiguë peut être souvent méconnue. Il est donc utile d'attirer l'attention de ce côté.

L'occlusion aiguë du duodénum se traduira par des symptômes particuliers et par d'autres qui lui seront communs avec ceux de l'occlusion intestinale aiguë en général.

L'occlusion intestinale aiguë en général survient le plus souvent sans aucun prodrome; et si l'on ren-

contre parfois quelques accidents, ils sont insignifiants en comparaison de ceux qui vont leur succéder. Une douleur vive, parfois déchirante et atroce, est ressentie dans un point de l'abdomen; presque aussitôt se montrent des nausées, puis des vomissements d'abord alimentaires, ensuite bilieux, et enfin fécaloïdes.

Le visage pâlit et s'altère; les traits se tirent; les yeux s'excavent; le nez s'amincit et s'effile; le pouls devient petit et fréquent; la température reste normale, ou s'abaisse.

La constipation est complète, soit dès le début, soit après une ou deux évacuations; l'émission des gaz par l'anus fait absolument défaut. Le ventre souvent rétracté au premier moment se ballonne après 24 ou 36 heures. Les phénomènes de dépression s'accroissent; l'angoisse est inexprimable; le pouls est misérable; la voix s'éteint; aux vomissements s'ajoute un hoquet persistant; le corps se couvre de sueurs froides; l'hypothermie est extrême et le malade succombe, ayant conservé jusqu'au bout son intelligence intacte.

Tel est le tableau classique de l'occlusion intestinale aiguë. Analysons maintenant chaque symptôme en insistant spécialement sur ceux que l'on rencontrera dans l'occlusion aiguë du duodénum.

Les commémoratifs peuvent donner quelques renseignements suivant l'étiologie de l'occlusion. C'est ainsi que l'on pourra dans quelques cas relever la

trace de coups sur l'abdomen, des signes d'hémorrhagie interne ; dans les cas d'abcès rétro-péritonéaux, on pourra trouver un mal de Pott, ou bien des signes d'infection, des frissons et de la fièvre. Ces signes surajoutés à ceux qui vont suivre pourront avoir de l'importance.

Les commémoratifs auront encore plus de signification dans les cas semblables à ceux de Kundrat. Il sera facile alors de distinguer la ptose viscérale résultant du relâchement des muscles abdominaux, et ce signe joint aux autres de l'occlusion aiguë à siège très élevé pourra faire penser au rôle du mésentère comprimant la 3^e portion du duodénum.

Enfin, les commémoratifs auront encore plus de valeur dans les cas d'occlusion aiguë du duodénum succédant à des phénomènes d'occlusion chronique ; il est inutile de rappeler ces derniers qui mettront aisément sur la voie du diagnostic.

La douleur est presque toujours le phénomène initial. Elle peut cependant manquer ; on observe alors simplement quelques coliques abdominales faibles, mais cela est fort rare dans la forme aiguë.

D'ordinaire, elle est très vive et reste localisée, au début, mais elle ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen. Parfois le malade peut indiquer le siège de la douleur ; ainsi s'expliquent certaines sensations de barrière, d'obstacle dans l'intestin que perçoivent les malades. Le plus souvent, quelque soit le siège de

l'occlusion, la douleur règne aux environs de l'ombilic, ce qui peut s'expliquer par le voisinage de plexus solaire.

La douleur continue est sans doute causée par la striction permanente de l'intestin ou du mésentère ; les paroxysmes et les crises seraient dues aux contractions peristaltiques et anti-péristaltiques qui sont intermittentes. La cessation brusque de toute douleur est d'un mauvais augure, elle indique généralement qu'il y a gangrène ou perforation. Dans l'occlusion aiguë du duodénum, on n'a pas observé que l'affection ait eu le temps d'aller jusque-là.

Dans notre observation, la douleur ne donnait rien de particulier. L'interne du service, Monsieur Lesueur en avait un peu provoqué à la pression dans la région à droite et en haut de l'ombilic, mais quelques instants après, M. le D^r Cerné n'avait rien trouvé. Il faut en conclure que ce signe est sujet à des variations suivant les individus, et nous ne pouvons rien avancer de précis, vu le peu d'observations que nous possédons.

Les nausées et les vomissements sont des phénomènes précoces et constants, que l'on retrouve toujours dans toutes les formes d'occlusion intestinale, mais dans celle qui nous occupe, ils revêtent des caractères particuliers qui peuvent aider au diagnostic.

Les vomissements seront d'abord alimentaires.

L'estomac videra en peu de temps son contenu et comme il continuera à sécréter, les vomissements deviendront muqueux. Le malade vomira les sécrétions qui se déversent en amont de l'obstacle dans le tube digestif. C'est dire que dans notre cas les vomissements seront bilieux et ne pourront pas être autrement.

Les vomissements seront très précoces, à cause de la rapidité avec laquelle se forme l'épanchement rétro-péritonéal, et surtout à cause du point élevé où siège l'obstacle. Ils seront violents et incoercibles parce que la condure du duodénum s'accroît de plus en plus et ne laisse absolument rien passer des matières ingérées. Les aliments, les liquides comme les solides, seront rendus immédiatement ; le malade ne pourra rien absorber ; et cette intolérance invincible du tube digestif sera un bon signe du siège élevé de l'occlusion. Quant aux vomissements exclusivement bilieux, c'est un caractère commun à un trop grand nombre d'affections pour qu'on puisse lui donner une importance symptomatique.

Le résultat des vomissements incoercibles, sera la constipation et l'anurie. L'obstacle siégeant très haut, l'intestin en aval se videra pendant un jour ou deux de son contenu ; il y aura ensuite absence complète de matières fécales.

L'anurie que l'on observe presque toujours dans l'occlusion intestinale aiguë en général peut être

classée parmi les phénomènes d'origine nerveuse. Mais ici vient s'ajouter une autre cause, c'est le manque total d'absorption au niveau de tout l'intestin.

L'émission de gaz par le rectum fera également défaut. C'est là un phénomène constant et très important qu'il faut rechercher souvent avec un soin méticuleux.

Parfois les malades éprouvent de fréquentes envies de défécation, sans pouvoir rendre de matières.

L'aspect du ventre nous a fourni dans l'occlusion aiguë du duodénum un symptôme des plus intéressants et qui pourra nous permettre d'établir notre diagnostic, surtout s'il se trouve confirmé par des observations ultérieures, ce qui est probable, puisque le signe est très logique.

Le ventre est plat d'une façon uniforme, il n'y a jamais de ballonnement. Dans les cas suraigus d'occlusion intestinale en général, le ventre peut, il est vrai, être rétracté, surtout au début. Mais cette rétraction est amenée par la contracture des muscles abdominaux provoquée par la douleur. Dans notre sujet au contraire, il n'y a pas de douleur, il n'y a pas de contracture, la paroi abdominale conserve sa souplesse normale. On tire de ce fait même une déduction toute naturelle et que l'observation a consacrée, c'est la possibilité de percevoir au palper à travers la paroi abdominale, la masse intestinale vide, affaissée, formant un paquet en avant de la colonne

vertébrale. Cette sensation fut nettement perçue chez notre malade. De même que chez la plupart des femmes de son âge, 22 ans, la paroi abdominale était mince et permettait à la main de sentir les anses de l'intestin grêle se contractant sous le palper manuel, donnant tout-à-fait la sensation d'un sac d'anguilles.

On retrouve ce même symptôme dans les observations de Kundrat, lorsqu'il dit que, dans un premier cas, « le jejunum et l'iléon étaient en état de prolapsus », et, dans un autre, « tout l'intestin se trouvait dans le bassin. »

Il faut ajouter à ces symptômes celui même dont ils sont la conséquence directe, c'est-à-dire le relâchement des fibres musculaires de la paroi abdominale, qui est facile à constater.

S'il s'agit d'un épanchement purulent ou hémorrhagique, dans certains cas, chez des individus dont la paroi abdominale se laisse facilement déprimer, on pourra sentir à la palpation profonde une tumeur plus ou moins fluctuante et ce symptôme joint à d'autres acquièrera de l'importance.

Les symptômes généraux sont les mêmes que ceux de l'occlusion intestinale aiguë. La prostration est rapide. L'irritation des nerfs mésentériques et intestinaux entraîne des symptômes nerveux réflexes. Ces troubles retentissent sur le système sympathique abdominal, sur le bulbe et sur la moelle. Ils sem-

blent plus intenses dans l'étranglement par brides étroites que dans l'étranglement par compression large. Ce sont ces troubles nerveux qui causent la faiblesse musculaire, la faiblesse du pouls, l'accélération de la respiration, l'anxiété, l'hypothermie, la cyanose, la suppression des urines, les crampes dans les muscles des membres, les spasmes convulsifs.

Nous devons noter que dans notre observation personnelle, il n'y avait pas d'anxiété respiratoire. On peut en conclure que ce symptôme est amené dans l'occlusion intestinale aiguë en général par le ballonnement rapide de l'abdomen. L'absence de ce signe serait dans l'occlusion aiguë du duodénum le résultat logique de l'absence complète de ballonnement du ventre.

L'anxiété respiratoire n'entrerait donc plus en ce cas dans le cadre des phénomènes nerveux. Il en serait de même de la suppression des urines, qui peut également s'expliquer par le manque total d'absorption au niveau du jéjunum, de l'iléon et du gros intestin.



MARCHE — DURÉE — TERMINAISON

Le petit nombre de nos observations ne nous permet pas d'établir la durée et la marche de l'affection. Il est probable qu'elle se terminera toujours par la mort, si une intervention précoce n'a pas lieu. La mort sera causée par l'intensité des phénomènes nerveux et quand ceux-ci seront très intenses, elle pourra survenir en 24 ou 48 heures.

Cependant, quoique nous ne les ayons pas observés, on peut admettre la possibilité de plusieurs modes de terminaison :

Le sang peut se résorber spontanément ou se collecter dans une région plus déclive; il peut faire issue dans la cavité péritonéale et la compression du duodénum cessera par cela même subitement.

S'il s'agit d'une collection purulente, le pus pourra fuser en différents points dans le tissu cellulaire sous-péritonéal; il pourra faire irruption dans une partie quelconque de l'intestin et la guérison de l'occlusion du duodénum se fera de toutes ces manières sans intervention chirurgicale. Le pus pourra égale-

ment s'ouvrir dans le péritoine et les symptômes d'une péritonite généralisée viendront se surajouter à ceux de l'occlusion et les masquer presque en totalité.

Dans les cas de ptose viscérale résultant du relâchement de la paroi abdominale, et amenant la compression du duodénum par la tension consécutive du mésentère, on ne voit guère de terminaison favorable en dehors de l'intervention chirurgicale. Il n'y a que les compressions incomplètes dans les cas légers qui peuvent se terminer favorablement.



DIAGNOSTIC

Nous sommes exposé à nous laisser induire en erreur et à confondre avec l'occlusion aiguë du duodénum toute affection dans laquelle se rencontrent à un degré quelconque les trois phénomènes de l'occlusion intestinale aiguë en général : la douleur violente et subite, les vomissements, la constipation.

Le premier soin, en présence d'un appareil symptomatique pareil à celui que nous venons de rappeler, est de rechercher s'il n'existe pas une hernie.

Il est certaines affections auxquelles il suffit de songer pour les éliminer de suite, ce sont : le choléra, certains empoisonnements, avec vomissements, abaissement de température et suppression des urines ; les coliques hépatique ou néphrétique.

L'urémie mérite une attention particulière, surtout à cause de l'absence de ballonnement du ventre que l'on rencontre dans les deux affections. Mais dans l'urémie il n'y a pas de phénomène intestinal, il n'y a pas de constipation ; il y a plutôt de la diarrhée. Enfin, malgré l'anurie, on pourra toujours se procurer avec

la sonde quelques gouttes d'urine pour rechercher la présence de l'albumine et éclairer ainsi le diagnostic.

Un diagnostic important à faire dans les cas d'occlusion intestinale aiguë en général est celui de la péritonite aiguë et en particulier celui de la péritonite aiguë par perforation. Les péritonites suraiguës donnent en effet lieu, par paralysie de la tunique musculaire et par production rapide et intensive de gaz, à une inertie intestinale complète, d'où de véritables pseudo-étranglements.

Dans la péritonite aiguë, la constipation est moins complète ; la généralisation de la douleur est plus rapide, en même temps que très superficielle. La température est d'habitude élevée. Mais ce sont là des signes de peu de valeur. Le seul signe qui nous permettra de rejeter le diagnostic de péritonite aiguë, c'est l'absence de ballonnement du ventre. De telle sorte que ce diagnostic qui est si difficile à faire dans les cas d'occlusion intestinale aiguë en général, devient au contraire, très aisé dans les cas d'occlusion aiguë du duodénum. L'aspect du ventre suffit à l'établir.

Le diagnostic avec les inflammations aiguës de l'intestin, les typhlites et les colites sans perforation se fait aussi facilement. Dans tous ces cas, le collapsus est moins prononcé ; le maximum de douleur se fait au niveau de l'inflammation. Souvent on sent le boudin intestinal avec sa consistance spéciale. Les commémoratifs révèlent plusieurs attaques douloureuses

antérieures et les symptômes de la colite chronique.

Le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë une fois établi, il s'agit de rechercher sur quelle partie de l'intestin siège l'obstacle et quelle est la nature de l'obstacle.

Plusieurs signes sont habituellement considérés comme capables de fournir sur ce point quelques renseignements :

La douleur peut s'observer dans les obstructions aiguës et chroniques ; mais elle acquiert surtout de la valeur dans les premières où il est commun de la voir fixée d'une manière constante au niveau même de l'obstruction. Il ne faudrait cependant pas ajouter une trop grande foi aux renseignements fournis par la douleur seule, si l'on en devait tirer des déductions importantes au point de vue opératoire.

Une tuméfaction limitée, une sensation de rénitence, de la matité à la percussion localisée dans une petite région de l'abdomen fait mettre, en quelque sorte, le doigt sur le siège de l'obstruction. Si la douleur initiale se joint à ce signe, aucun doute ne peut subsister.

Le ballonnement du ventre présente quelques variétés suivant le lieu de l'obstruction ; il est inutile de les décrire, puisque on les distinguera facilement toutes de celle où le ventre reste uniformément plat, avec une légère voussure au niveau de l'épigastre, comme dans l'occlusion aiguë du duodénum.

D'ailleurs, au bout d'un temps très court, toutes ces variétés disparaissent et le ventre se ballonne uniformément dans l'occlusion intestinale aiguë en général. Au contraire, dans l'occlusion aiguë du duodénum, le ventre reste plat jusqu'à la fin.

Le diagnostic le plus difficile à établir sera celui d'occlusion aiguë d'une portion élevée du jéjunum. Cette occlusion aiguë pourra se faire par une bride péritonéale, mais surtout par une hernie intense (fossettes duodénales). Dans ces cas, le diagnostic ne pourrait se faire qu'à l'aide des commémoratifs. A peu près nuls, dans les cas de hernies ou de brides jéjunales, on pourra au contraire trouver parmi eux quelque traumatisme, dans les cas d'occlusion aiguë du duodénum. Dans les cas semblables à ceux de Kundrat, on fera aisément le diagnostic de ptose viscérale par faiblesse de la paroi abdominale antérieure.

Les vomissements ne donnent aucun caractère bien précis qui puisse permettre de fixer la situation de l'obstacle. Toutefois, leurs caractères violents, précoces, incoercibles, l'intolérance absolue et spontanée du tube digestif sont en faveur d'une occlusion aiguë à siège élevé.

Quant aux affections stomacales, qui peuvent s'accompagner de constipation, de vomissements subits et de douleurs, elles sont causées par des tumeurs dont la marche chronique revêt tout à coup une forme aiguë. Les commémoratifs pourront servir

dans la circonstance à mettre en évidence les troubles digestifs antérieurs.

Rembold d'Innsprück cite un cas dans lequel il s'agissait d'un étranglement du duodénum au-dessus de l'embouchure du canal cholédoque et du conduit pancréatique. Les vomissements ne contenaient naturellement pas de bile ; ils étaient peu abondants ; ils ne pouvaient se composer que des substances introduites dans l'estomac.

Les troubles que peut présenter la sécrétion urinaire n'ont pas une véritable importance diagnostique. On admet que l'urine est très rare dans les occlusions aiguës qui siègent sur une partie élevée de l'intestin. Quelques observations semblent témoigner de ce fait, et dans le cas de Rembold, que nous avons cité plus haut, il est dit que le malade tourmenté par le besoin d'uriner ne rendait même avec la sonde que quelques gouttes d'urine. La diminution dans la quantité des urines est, soit une manifestation de la dépression nerveuse, en rapport avec l'étroitesse de l'obstacle, soit une conséquence du siège élevé de l'occlusion et du défaut d'absorption intestinale. Dans la forme aiguë, ce signe perd donc de son importance diagnostique.

En résumé, nous voyons qu'il est possible dans certains cas de faire le diagnostic de l'occlusion aiguë intestinale à siège très élevé, et même qu'en s'appuyant sur les commémoratifs, la nature incoercible

des vomissements, et surtout sur l'aspect du ventre plus que plat, vidé, souple, sans contracture musculaire, il sera permis de penser à une occlusion aiguë du duodénum.

Etant donnés maintenant ces deux éléments : la forme aiguë de l'occlusion et son siège élevé, nous devons faire le diagnostic de la nature de l'obstacle. Mais nous avons vu qu'en raison même de la constitution anatomique du duodénum, les causes mécaniques amenant généralement une occlusion intestinale aiguë étaient très rares et pour ainsi dire impossibles pour cette partie de l'intestin grêle.

Il ne peut en effet s'agir d'une invagination, d'un volvulus, d'un étranglement par brides péritonéales, puisque le duodénum est étroitement accolé à la paroi abdominale postérieure ; il ne peut être question non plus d'un nœud autour de son calibre par un diverticule ou une frange épiploïque ; on ne peut enfin songer à un déplacement dans un anneau accidentel ou dans le collet d'une hernie interne.

Nous arrivons ainsi, après avoir éliminé les causes mécaniques habituelles de l'occlusion intestinale aiguë, à conclure que probablement seuls, les vaisseaux mésentériques supérieurs peuvent produire dans certaines conditions l'occlusion aiguë du duodénum. Et, en présence des symptômes énumérés plus haut, nous devons songer à l'existence d'un obstacle

au niveau du duodénum, formé par la tension exagérée des vaisseaux mésentériques supérieurs.

Il resterait à faire le diagnostic de cette cause même qui amène la tension anormale des vaisseaux mésentériques supérieurs. Celle-ci est-elle produite par un épanchement rétro-duodéal ou bien par la ptose viscérale ?

Dans le premier cas, celui d'un épanchement, de sang ou de pus derrière le péritoine de la région duodénale, on peut admettre qu'il soit possible de sentir une tumeur profonde à ce niveau même, ce qui faciliterait singulièrement le diagnostic. Dans les cas de ptose viscérale, le diagnostic sera facile ; la faiblesse musculaire de la paroi abdominale sera aisée à constater. De plus, nous trouverons parmi les commémoratifs, les signes légers de l'occlusion incomplète, spécialement chez la femme.



PRONOSTIC

L'énumération des symptômes suffit à établir toute la gravité du pronostic. C'est la mort certaine au bout de quelques heures si une intervention hâtive ne rétablit pas le cours des matières. Nous avons vu que l'intensité des phénomènes nerveux réflexes était surtout en rapport avec l'étroitesse de l'étranglement.

Toutefois, malgré la terminaison fatale de l'affection dans nos observations, celles-ci ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre de conclure. On peut admettre théoriquement la possibilité de plusieurs formes de terminaison : le sang peut se résorber ou se collecter dans une région moins dangereuse ; le sang peut faire issue dans l'intérieur de la cavité péritonéale et la compression du duodénum cessera par cela même subitement.

S'il s'agit d'une collection purulente, le pus peut fuser d'un autre côté en décollant le péritoine ; il peut faire irruption dans une partie quelconque de l'intestin et la guérison de l'occlusion se fera de toutes ces manières sans intervention chirurgicale.

TRAITEMENT

En général, il ne faudra pas compter sur ces différents modes de terminaison heureuse dans l'occlusion aiguë du duodénum. Comme l'intervention aura d'autant plus de chances d'être suivie de succès, qu'elle sera plus hâtive et plus proche du début des accidents, il faudra intervenir le plus tôt possible; et la seule intervention utile sera la laparotomie. C'est dans ce cas qu'un diagnostic précoce et sûrement établi permettra de ne pas s'attarder dans un traitement médical qui serait si dangereux pour le malade.

Il faudra donc aller à la recherche de l'obstacle, faire disparaître la tension anormale du mésentère, soit en enlevant les caillots sanguins et posant des ligatures sur les vaisseaux lésés, soit en relevant le prolapsus de la masse intestinale, comme dans les observations de Kundrat.



OBSERVATIONS

Observation I (personnelle).

La nommée Th... Héloïse, âgée de 22 ans, fleuriste, entre le 29 décembre 1896 dans un service de médecine à l'Hôtel-Dieu de Rouen. Elle est envoyée par le Docteur Pellerin qui rapporte quelques renseignements fournis par l'entourage suspect de cette femme : elle serait devenue malade après plusieurs jours de libations ; elle aurait reçu des coups.

Le 30, elle est transférée en chirurgie, dans le service de clinique de M. le professeur Cerné.

La malade raconte que depuis cinq jours, à la suite d'une colère, elle est prise de vomissements. Elle n'a plus rendu ni matières, ni gaz, sauf, d'après le docteur Pellerin, le premier jour.

Les vomissements sont incessants, complets, bilieux, sans odeur marquée.

La malade ne peut rien absorber.

Le ventre est plat. Aucune douleur, cependant M. Le-sueur, interne du service, en aurait un peu provoqué quel-

ques instants auparavant par la pression à droite et en haut de l'ombilic.

En examinant attentivement, il semble que la partie sus-ombilicale est un peu saillante. Elle est sonore à la percussion.

Au-dessous, la main à la sensation molle d'intestin vide, se contractant de temps en temps sous la pression.

Sub-matité à droite.

Elle n'aurait uriné que quelques gouttes dans la matinée et nous retirons à la sonde, 5 ou 6 centimètres cubes d'urine très chargée de sels.

Le pouls est filiforme = 132.

Il n'y a pas d'anxiété respiratoire.

Le nez est très pincé, les lèvres sont légèrement cyanosées ; le facie abdominal est nettement caractérisé.

La température axillaire le matin du 30 = $36^{\circ}4$; le soir, elle est tombée à $36^{\circ}2$.

Le diagnostic reste très hésitant : il y a probablement occlusion intestinale, mais il faut alors qu'elle siège très haut (hernie dans un orifice anormal ?).

La laparotomie est faite à 6 heures du soir, par Monsieur Cerné. L'incision sous-ombilicale est d'abord prolongée en haut, puis en bas.

Rien dans le péritoine. Epiploon épais et gras, anémie générale des tissus.

L'intestin est absolument affaissé, vide, sauf le colon modérément gonflé.

En écartant la masse intestinale d'abord à gauche, on rencontre à droite la vésicule biliaire pleine de bile, le duo-

dénium fortement distendu. Au dessous, on aperçoit une tuméfaction molle, correspondant à la région rénale.

En se reportant à la région symétrique gauche, on constate une tuméfaction ecchymotique immédiatement au dessous et à gauche de la portion ascendante du duodénum. Soupçonnant une hernie rétro-péritonéale de ce côté, l'opérateur tire sur la naissance du mésentère et voit les gaz sortir légèrement au dessous des vaisseaux mésentériques supérieurs pour passer dans la portion du duodénum, à gauche du mésentère. En cherchant à dégager l'orifice intestinal, on finit par érailler le péritoine et il sort une quantité notable de sang noir et de caillots. Deux doigts introduits pénètrent dans une poche qui se prolonge à droite, et d'où sortent encore une certaine quantité de caillots.

Toilette incomplète et rapide, la malade n'ayant plus de pouls depuis quelque temps, quoique respirant bien. Drain entouré de gaze iodoformée, sortant par une incision latérale gauche. Fermeture de l'incision abdominale à la soie en masse.

Aussitôt, on fait dans la veine brachiale droite une injection de 2 litres de sérum. Le pouls se relève notablement et devient notablement bon, le visage se colore.

Mais à 8 heures du soir, le pouls est redevenu insensible et la mort survient à 3 heures du matin sans incident quelconque.

Autopsie. — Le pancréas est intact. Il n'y a rien aux reins, ni aux principaux vaisseaux (aorte, veine cave, vaisseaux mésentériques). On ne peut trouver le point de départ

de l'hémorrhagie, mais il doit évidemment se trouver dans un vaisseaux rétro-duodéal.

Rien du côté des os.

Le sang passe en avant des reins, il est diffusé dans la région lombaire assez bas.

Observations 2, 3 et 4 (Kundrat, Soc. des méd. de Vienne, 13 fév. 1891). — Résumé par Hayem (Revue des Sciences Médicales).

I. Un adulte, récemment guéri de fièvre typhoïde, mais ayant la paroi abdominale extrêmement amincie, meurt en 2 jours ; on trouve l'estomac et le duodénum colossalement dilatés ; le duodénum coupé par le mésentère, le jéjunum et l'iléon en état de prolapsus.

II. Une femme, morte rapidement après avoir présenté des phénomènes d'étranglement, offre à l'autopsie une embolie de l'artère pulmonaire. Le duodénum est comprimé par le mésentère et tout l'intestin se trouve dans le bassin.

III. — Chez un homme de 22 ans ladarotomisé, pour des accidents d'occlusion intestinale, mêmes particularités que dans les cas précédents.

A côté de ces cas graves, il y a des cas légers, incomplets, spécialement chez la femme.

L'étranglement est causé par une disposition spéciale du mésentère et par le prolapsus de la masse intestinale qui l'attire en bas, prolapsus dû au relâchement de la paroi abdominale.

La seule opération à pratiquer est la gastro-entérostomie.

Vu : le président de la thèse :

A. LE DENTU.

Vu le doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Peyrot. — De l'interocution chirurgicale dans les obstructions de l'intestin, thèse d'agrégation, Paris, 1880.

Bron. — Compression du duodenum, Thèse de Doctorat, 1893, Paris.

Kundrat. — Soc. des Méd. de Vienne, 13 Fév. 1891 (Hayeme, revue des sc. médicales).

Jonnesco. — Traité d'anatomie publié sous la direction de M. Poirier.

Aimé Guinard. — Traité de Chirurgie publié sous la direction de MM. le Dentu et Pierre Delbet tome VII, P. 523.

